

第5章 広汎性発達障害児への発達支援

あすなろ学園におけるPDDの発達支援は、十亀史郎が1962年に高茶屋病院で児童精神科外来を週3日開始したことから始まったと考えてよい。当時わが国の児童精神医学は自閉症にもっとも強い関心を注ぎ、十亀は児童精神医学を志して精神科医となったのだから、それは当然の流れであった。翌1963年には、神経症病棟の一部を転用して子どもの入院を開始し、整備が始まっていた児童病棟の開設（1964年）を準備して7名の保育士が始めて採用された。これが入院を軸とする本格的なPDD発達支援の始まりと言える。

PDD児に対する発達支援の技法論については、それからの40年余りの間にさまざまな先行例の導入や試行錯誤を繰り返してきた。これに関しては別途論じることにして、本章では、PDDの発達支援体系を三重県内でどう構築してきたか、その意図は何であったかについて、10年間を振り返ることとする。

この10年間は、PDDの生涯発達支援を体系化することに腐心した時期であったと表現することができる。これは、数年来増加している自閉症・発達障害支援センターや発達障害者支援法制定を先取りした試行であったとも言えるであろう。それは早期発見・早期支援開始、生育段階（年齢）に応じた連続性ある支援内容、家族との共同作業、などから成り立っている。三重県は全国水準から見れば経済的に中位に位置しており、美しいリアス式海岸や世界遺産となるほどに豊かな自然に恵まれている。県北部の一部を除いて人口流動は比較的少ない県である。そのため、財政的・産業構造的には近未来に大きな発展を期待することは難しいとしても、発達障害を生涯に亘って観察・点検・支援してゆくには好都合の地勢である。われわれはそのことに着目し、あすなろ学園におけるPDD施策を展望し行動してきた。

第1節 外来通院および地域での支援

書物というものは一人でも多くの読者に読まれることを目指す必要がある。あすなろ学園が進めてきた外来および地域でPDD児の発達を支援する10年間の編年体で述べれば、院外の読者には理解困難な記述となる。それほどこの10年間は多くの施行錯誤をわれわれはあれこれ繰り返してきた。しかし、歴史記録としては年度毎の変化を記述に残すことが求められる。そこで本章では、PDD発達支援の年次推移を資料編に表示（86～87ページ）し、以下に、年度の詳細を省いてわれわれが考えたことの変遷を述べてみたい。

最初の10年が終る1994年には、院内では〈デイケア〉と名づけて、心理技術

者と保育士が合同でPDD児に心理治療と発達支援プログラムを実施し、親に対する集団カウンセリングと日常生活への助言を行っていた。3歳児以上を対象として、週1回で1年間継続を原則とした。2歳で受診するケースもあり、これは保育士が担当していた。このころは早期発達支援の原型を模索し始めた時期と言える。翌年にデイケアを〈外来幼児通院グループ〉と改称し、1単位の対象児数を減らして2歳児の受け入れを本格的に開始した。親カウンセリングを充実させ、児の地元担当保育士との連携を密にした。

このころは、発達障害児がしだいに保育所にも受け入れられ始め、普通児と共に育つ統合保育へと移り始めた時代である。その結果として、「どう対応すればいいかわからない」という保育所職員からの相談や見学の希望が増加し、外来部門専従3名の保育士ではこれに対応しきれなくなってきた。そこで、子どもへの発達支援と保護者のカウンセリングを一単位に体系化すると同時に、地域保育士に対する障害への理解及び技術援助を中心とする研修会〈保母トレーニング事業〉をあすなろ学園から遠隔の地で開始した。

保母トレーニング事業は、PDD児に関する理解を深め、障害児保育の技術を向上させることを目的として、地域の現任保育士に研修を提供するものであった。児相、保健所、市町村との共同作業により、以下のようなカリキュラムを組んだ。

- 第1回 発達障害児概論（児童精神科医）、障害児保育理論（保育士）
- 第2回 地域保育所を見学し、現場で障害児保育の理論と実際を学ぶ（保育士）
- 第3回 あすなろ学園見学（外来保育および入院児指導への参加。分校教育の見学）
- 第4回 事例検討会を行なって、障害の理解と障害児の見方を深める（保育士）

単なる講義の連続ではなく、臨床現場で発達支援プログラムを見学し部分的には自ら参加する、ワークショップや事例検討を通して問題解決の技法を具体的に体得する、日常の苦勞を語り合い討議することなどを介して、解決策を自分で見出してゆく技を体得させるという実践的なものであり、地域の障害児保育を推進する人材を養成することに貢献できたと考えている。

これまで行ってきた上記のようなPDD発達支援を反芻・点検し、次にPDD児の治療モデルシステムを作成してPDD発達支援を体系化する試みを始めた。

まず、早期発見と早期発達支援開始は障害児が地域で生活する可能性を拓く方途として不可欠の対応策であり、それは開始が早期であるほどより有効である考えられる。これは、わが国が世界に誇る一連の乳幼児健診事業を活用して

PDD児を早期に発見し、あすなろ学園の外来および入院による発達支援を背後に控えながらも、できる限り子どもが居住している地域の保育所や療育センターを活用し、子どもが生活している場所・地域で発達支援プログラムを早期に開始し継続してゆくという、現行の発達障害支援法の基礎となる体系を1990年代半ばに考えていたわけである。そして、あすなろ学園の外来・入院発達支援に関しては対象児となる18歳までの生育段階のそれぞれに応じた発達支援プログラムを準備すること、この3本柱から成り立っている。

まず、1996年に、厚生省から厚生科学研究費助成を受けて早期発見・早期療育システム研究事業を鈴鹿市で開始した。この事業には、九州大学村田豊久、横浜市総合リハビリテーションセンター清水康夫、静岡大学杉山登志郎の協力を得た。本事業の詳細は、第8章2節に述べる。

第二の柱、保育士の現任教育については第8章2節でも述べる。発見されるすべてのPDD児をあすなろ学園が引き受けることは現実的でなく、障害を持った子どももなるべく家庭で普通に生活し、地元で発達支援を受けることを可能にする必要があると判断し、一般保育所で働く保育士に既述したカリキュラムにより障害児保育の研修を提供してゆくものである。

第三の柱として、PDD児も普通児同様に暦年齢に応じた発達課題を設定し、長期目標を持ち続け育ててゆく必要があることを認識し、それぞれの発達段階に即した援助を提供できる専門職を育成することが極めて重要であると認識した。外来発達支援システムは資料編に図示する(88ページ)。このシステムには実施を進める中で様々な改変が加えられた。当初は地域からの要請に応じて保健師に対するPDD早期発見研修会、保育士研修事業、新小学1年生受け入れ検討会(小学校教員対象)などを実施していた。

障害児の家庭に限ったことではなく、近年の家庭一般でも見られるようになった傾向であるが、子どもとうまく遊べない親が増加している。そこで、発達支援プログラムの中で遊びを教え、「子どもと過ごすことは楽しい」と親が実感できるようにしてゆく親子発達支援を始めた。また、4歳児の担任保育士と事例検討を通して子どもの発達点検支援を行ったりもした。保母トレーニング事業と同様に一単位4回で、理論と実習を組みたてた教師向けの障害児教育研修会も、あすなろ分校小学校の協力を得て行った。

外来通院による発達支援の希望者が一方的に増加することを解消するために、重篤でない子どもはあすなろ学園へ通院するのではなく、地域保育所における障害児保育へなるべく任せるように努めた。それを可能にするために、障害児保育を地域で担当する保育士に技術研修を提供するよう努めた。そして通院してくる親に対しては、年齢別の〈子育てレッスンクラス〉を実施した。親が受身で研修に参加するのではなく、親自身が司会者・講師・シンポジストとなる

ように企画し、親の手による親のための研修会を組み立てた。〈父親の集い〉と名付けて父親が子育てに参加する啓蒙も行なった。こうした試みを重ねる中で、保護者間の情報交換が活発化し、自助グループとしての子育てレッスンクラスへと対象集団は変貌していった。その成果であろうか、あすなろ学園恒例の秋祭りでは4歳・5歳の親クラブや学童の母親たちが主体となって玩具リサイクルショップを開店し、盛況であった。

2000年の病棟再編成(第3章)と同時に、外来発達支援機能の見直しを行った。外来専従職員を増員し、知的障害を伴うPDD児の全てを発達支援の対象とした。治療を乱さない範囲で見学希望者を受け入れることで障害児保育研修を補完した。地域保育士の見学受け入れは、発達支援目標やプログラムなどに対してわれわれが第三者評価を受ける機会を増やす結果にもなった。

親に対する支援は1歳~12歳(6年生)まで、各生育段階に適合した発達課題の研修会を企画して実施した。専門研修・事業は保母トレーニング事業をくみえ幼児療育研修会と改称し、小学校1年生~3年生の教師研修会、各市における拠点保育所で研修会などを行なった。

外来通院による発達支援体系の確立を目指して、多職種との協働により軽度発達障害児への発達支援を始めたのは2001年である。行動分析及び対応策を提示して学校生活での問題行動連鎖の低減を図り、一人ひとりの子どもが楽しみを見出し、自己評価を向上させることを目指す発達支援であると位置付けた。

アスペルガー症候群と後に診断された少年による不幸な事件がわが国では何度か起こり、自閉症スペクトラムの見直し機運が生じ、特別支援教育が教育行政で語られ始めたことなどを背景として市民の要望が高まり、指導室独自で軽度発達障害児を対象とする発達支援を開始した。

PDD児の発達支援を概観すると、日常生活技能の未成熟、対人関係の悪循環などが目につき、通院発達支援でも日常に密着した目標の設定が必要であると考えられた。例えば、就学前のPDD児であれば排泄訓練や食事作法などであり、学童期の軽度発達障害児は暴言・暴力・授業妨害などである。そこで、〈生活療育〉と名付けた就学前PDD児のプログラムを組み、日常生活の技を向上させ円滑に就学させることを目指すようになった。

軽度発達障害児治療への要望は増加傾向が続いているが、「いつも特定の授業を休ませなくてはならない」という悩みを語る親が多くなった。そこで、できるだけ親の負担を軽減させる時間帯を提供しようと考え、週2回は16時半の受付で18時終了とする枠、および土曜日の外来を開設することで、受け入れ時間帯を拡大した。

われわれがこれまで展開してきたPDDに関する地域社会における試みは自閉症・発達障害支援センターが2003年に開設されたことにより、すべて同セン

ターへ引き継がれることになった。今後、早期発見や障害児保育の地域における実践が、センターを軸として全国的に展開することを強く期待している。

発達障害者支援法が制定され、児童精神医学の領域における発達障害への関心が再度強まり、軽度発達障害への各方面からの関心が高まる中で、PDD臨床を取巻く状況は大きく変化しつつある。その中で、2004年度のベンチマーキングで亀山市においてモデル地域支援体制の構築が始まっている。亀山市は保健福祉課に臨床心理士・保健師・保育士・教師で構成する「子ども総合支援室」を2005年4月に新設し、あすなろ学園臨床心理室に勤務してきた臨床心理士が室長として転出した。保健師と保育士も、この支援室設置を前提としてあすなろ学園ですでに1年間の研修を受けている。市町村で発達障害児を対象としてこのように包括的な発達支援を行う行政的試みは非常に珍しく、大きな期待を寄せられている。各市が地域社会に根ざしたこのような包括的発達支援を展開するならば、あすなろ学園は発達障害臨床に関して新たな役割を担うことが可能になるであろう。

今後、発達に障害のある子ども・おとなたちが支障なく普通人と一緒に暮らすことができる地域社会を築き、そこに必要となる人材を育成してゆくことへ、社会は一層の努力を傾注しなければならない。そのような営みはそれぞれの地域社会を心豊かにするものであり、さらにはわれわれが永年願ひ続けている「三重県に生まれた子どもたちがみな、安全で健やかな育ちを保障されてゆくこと」に児童精神科臨床が貢献する結果となる、とわれわれはかたく信じている。

第2節 入院治療における広汎性発達障害児

40年前、あすなろ学園で自閉症の入院治療に取り組み始めた契機は、就学免除許可を与えたり就学猶予願ひの提出を親に求めるという形で国家による義務教育からさえ拒絶され（これは、憲法第26条違反だったのではないか）、子どもへの対応に家族が疲弊しきっていた状況に、医療として向かい合い家族と共に子どもへの手立てを模索しようという試みであった。自閉症という病態への理解・社会参加の可能性を引き出す取り組みが、「あすなろ分校」やかつての「年長児病棟」を作ることになり、地域で暮らすことのできる障害児の生活を支援してゆく取り組みに繋がっていった。

しかし入院治療によって症状の改善が認められても、地域の受け皿がまだなかった時代には必然的に入院が長期化していった。年長になればなるほど地域に受け皿は少なくなっていく。そうであれば生活の場として自閉症児・者の暮らしに適した施設を作ろうという親の切実な願ひが結実し、当時のあすなろ学

園十亀園長の強力な支援もあって、三重県北部菟野町に1981年、あさけ学園が設立された。これを契機として、PDD児・者が生活して自立を目指す施設の設定は全国に拡っていった。あさけ学園に付設された診療所は非常勤医師を置くのみであったが、2000年6月にはあすなろ学園に永年勤続した児童精神科医が常勤医として勤務するようになり、県北部の発達障害医療は前進した。2001年には、県南部に知的障害者更生施設れんげの里が開設され、三重県のPDD支援はさらに充実した。

そのような歴史を経て、地域における生活を保障し援助することへ役立つ入院治療をわれわれは模索するようになった。そのためには、地域での生活を妨げる自傷・他害行動や家族関係を疲弊させる極端なこだわり行動の改善に外来治療では限界が生じたとき、早期に入院治療を可能にする必要が見えてきた。

そのためには長期の入院待機を改善する必要がある、1996年から入院期間を原則1年間とし、2000年からは3ヶ月間とした。入院期間の短期化に伴って治療構造の見直しを迫られ、入院治療管理システムを導入することにした。治療目標を明確化し、治療プログラムを具体化し、治療進捗状況を評価するシステムである。このような手順の見直しによって、入院の長期待機は解消して緊急入院を受け入れることも可能となった。有効な短期入院治療が実現し、地域における生活援助はさらに充実したものになった。

入院すれば子どもの行動を24時間連続して観察することが可能となり、問題行動の成り立ちが見え易くなり、有効な対応法を検証することが可能となる。具体的な処置が見つかり問題行動の改善が見えるようになれば、家族や関係者への有効な支援の手立てを提供できることになる。

家庭や地域でも実践が可能な方途を提供するため、病棟で家族プログラムを実施し、地元校担任をあすなろ分校へ招いて実習を提供している。入院するまでは事態の取り扱いに苦慮していた両親や担任があすなろ学園へ足を運んで直接治療に参加し、新しい対応法の有効性を実感することにより、子どもとの関係を改善し育児や教育に大人は自信を取り戻してゆく。暴力を伴ったパニックに振り回されていた母親がパニックを起こさせない対応法を身につけ、パニックにくじけない手順を実体験するよう援助してゆく。

中には、病棟では親の指示を受け入れるようになって自宅へ外泊すると指示を聞けなくなる子どもがおり、家庭訪問指導も必要となる。家庭で職員立会いの下に問題行動の改善が実現すれば、自宅でも親の指示を子どもは聞けるようになる。症状の改善というよりもむしろ、家庭で親子が楽しく暮らせるようになることを発達支援の目標としなければならない。

PDDの子どもたちは学校の長期休暇中に生活リズムを乱すことが多い。特に夏休みをどう過ごすかに家族は苦慮する。そういった状況に対応して、2000

年から夏休み期間中に短期入院を受け入れ始めた。期間は入院児が長期外泊をするお盆前後の10日間とした。その結果、症状の悪化や家族の疲弊を予防でき、冬休みや春休み中にも短期入院希望者が増加するようになった。しかし、2002年から導入された児童福祉法の居宅支援費制度によって福祉サービスが多様化し、福祉施設の短期利用で同様の期待が充足できることになり、医療目的がより明確な子どもに入院を限定することが可能になった。

機能不全を持つ家族にとって、重度発達障害の子どもを育てることは機能不全をさらに強める結果になり易い。母親が精神疾患の場合は、育児そのものが母親の症状を悪化させる一因になる場合も多い。そういった家族への育児支援は長期間必要であり、関連機関との連携も医療の役割となる。そういった子どもの場合、頻回の入退院となることも止むをえない。とりわけ思春期を迎えた子どもの扱いには医療・教育・福祉の協働が不可欠である。

知的障害児施設へ入所している子どもで、症状の悪化や問題行動の慢性化に対して入院治療を要請されることも多くなってきている。施設生活におけるQOLを向上させるためにもこれを引き受けてはいるが、それには児相の介入が不可欠である。施設の積極的取り組みが基本になれば、医療現場が強度行動障害児の収容施設と化してしまうからである。逆に、医療の限界もあって、福祉機関に障害児の成育を委ねる場合もある。医療と福祉が良好な協働関係を築き、相互の専門性を活かし合い補完し合うには何をしておく必要があるのか、今後の課題と考えている。

入院治療によって子どもたちは日々の暮らしの中で、対人関係の技を身につけていく。入院時に背負ってくる問題の中では、衝動性の制御が一番労力を求められるものである。入院するまでになる子どもたちは、幼児期より大人からは叱責され、子ども集団からは疎外される体験を繰り返してきている。自分の行動が良く評価される体験をいかにして提供するか、その技が治療者側に求められる。

被虐待児やAD/HDの子どもたちと共に暮らす病棟生活で生じる諍いを、暴力以外の方法で解決する技を身につけさせる治療プログラムの作成に、この5年間われわれは取り組んできた。有効な視覚刺激による情報の提示や評価の方法を工夫し、24時間の病棟生活にSSTを拡充させるよう取り組み、子どもに有効な方法とプログラム作りを目的として2003年度にSSTの積極導入を開始した(第3章)。

入院治療で問題行動の改善が認められた子どもたちは、退院して外来治療に繋げてゆく。発達支援を担当する職員(保育士、児童指導員)は病棟と外来を定期的に勤務異動しており、それは入院・外来発達支援の緊密な連携を可能にする一因になっている。

< 晃の場合 >

PDD入院治療の実際を、中学生になって入院してきた晃の場合で紹介してみよう。

晃は始歩が遅かったけれど、手のかからないおとなしい子であった。人見知りはなく誰にでも話しかけてゆき、よく迷子になっていた。動作がぎこちないこと、特定の名前の店には必ず入らねば気が済まないというこだわりのあったことが、他の兄弟と違っていたと母親は回想する。

小学校入学後は、集団登校ができないなど、周囲の状況に合わせた行動が苦手という晃の特徴が顕著になり、2年生の途中から登校できなくなった。3年生では保健室登校はできるようになったけれど、些細なことでパニックに陥り、4年生になって精神科を受診してアスペルガー症候群と診断された。

学校における晃への対応はさらに保護的となり、5年生からは障害児学級へ入級することになった。それでも晃の不応行動はさらに強まり、暴力を伴ったパニックが頻回に起こるようになった。

中学校に入ると、好意を抱いた女子へ執拗に関わろうとし、拒否されるとストーカー様の行動に及ぶようになった。意に添わないと小学生に対しても暴力を振るうために地域からも危険視され、学校は自宅謹慎を要請した。両親が交代で監視し、好きなゲームやインターネットを自宅で終日させておく状態となった。自宅内ばかりの生活が続いて家庭でも興奮して暴れるようになり、成人精神科で入院治療を受けることになった。入院しても要求が通らなるとパニックに陥って保護室隔離が恒常的となったため、あすなろ学園への転院が要請された。

転院にあたって地域の関係機関(学校、児童相談所)と引継ぎ会議を開催し、今回入院治療の目標は、

- ① 適切な社会の約束を学ぶ、
- ② 地元普通学級で友達と一緒に学べるようになる、

の二点であることを確認し合った。両親には共同治療者として協力を求め、晃本人にも以下のような治療計画を提示した。

- * 先ず閉鎖病棟で日常生活を送り、職員との対人関係から基本的な社会の約束を学ぶ。
- * 問題行動の原因を点検するため、日常生活活動と集団発達支援活動に参加する。
- * 他の入院児との付き合い方を学び、分校登校により学校教育を受ける。
- * 親子プログラムに参加して家庭生活を立て直す。

これまでの経緯からあれこれ推量して、物々しい雰囲気であった治療であった。地域で長期間に亘る悪循環と種々の病院と施設巡りを味わい、あすなろ

学園がもう最後の治療の場であると意識したことは、両親の治療意欲を高めることに繋がったのかも知れない。両親は仕事を休んで頻回に治療へ参加し、家庭生活における適切な生活リズムと親子関係の立て直しに取り組んだ。見もうまくいかないことを周りのせいにする事なく、他人の力を借りながらも自分で努力してみるという課題に取り組み、自己制御力を徐々に身に付けるようになっていった。

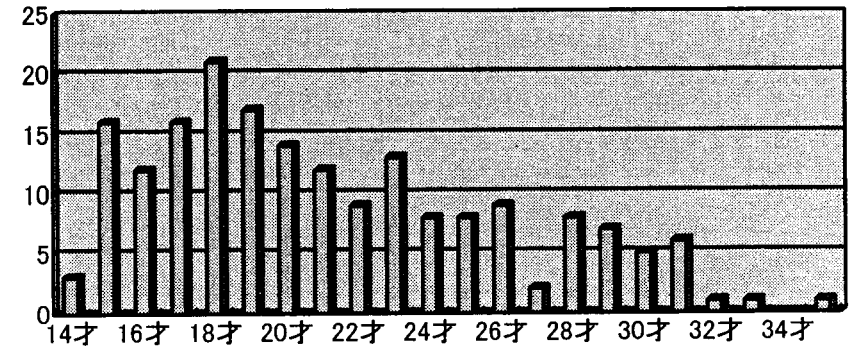
1年に及ぶ入院治療の後、地元中学校は不安を抱えながらも全校体制で普通学級への受け入れを検討し準備した。見もテスト通学を繰り返しながら自分の限界を認識し、隔日に半日登校することから地元校普通学級への復帰を始めることも納得できるようになった。困ったことがあっても直ちに行動に移すことなく、担当職員に電話して指示を受けてから行動するということが可能となっている。

(付) 広汎性発達障害の長期予後調査について

あすなろ学園におけるPDDへの発達支援が適切なものであったかどうか検討し、これから発達支援をどのように展開してゆけばいいのか検討作業として、2000年度にアンケートによるPDD児の長期予後調査を行った。調査の詳細についてはいずれ報告する予定であるが、ここに基礎資料の一部を記載しておく。

対象は1970年度～1988年度に外来初診し、発達支援プログラムに参加したこ

図5 対象者アンケート回答時の年齢



とのあるPDD450名である。回答は192名(約43%)で男子165名、女子24名であった。回答時の年齢は上図のように14歳～17歳が47名(24%)、18歳～34歳が142名(74%)であった。

初診時年齢は3歳以下が60%であった。就学前の発達指数は正常域:34%、軽度知的障害:56%、中度知的障害:6%と、60%余が知的障害を併せ持っていた。義務教育終了後、進学した者は34名(18%)で、全日制高校が28名、定時制高校が3名、専修学校が3名であった。

その後進学したものは12名で、4年生大学が6名、短大2名、専門学校4名であった。

就労者は35名(18%)(男34名、女1名)で、養護学校卒が54%、高卒以上が40%であった(図6)。さらに正常域知能者は26%で軽度知的障害者が40%、中度知的障害者が23%であり(図7)、知的障害の有無や水準が必ずしも就労に関連するものではないことがうかがわれた。

施設入所者は14名(7%)(男11名、女3名)で、その年齢と知的障害は図8、9に示す。

また、医療に対する家族の要望として、教育や福祉との連携を希望するものが一番多く、次に早期発見・早期療育の充実、次に児童精神科医療の充実と専門医の育成があげられていた。

図6 就労者の学歴

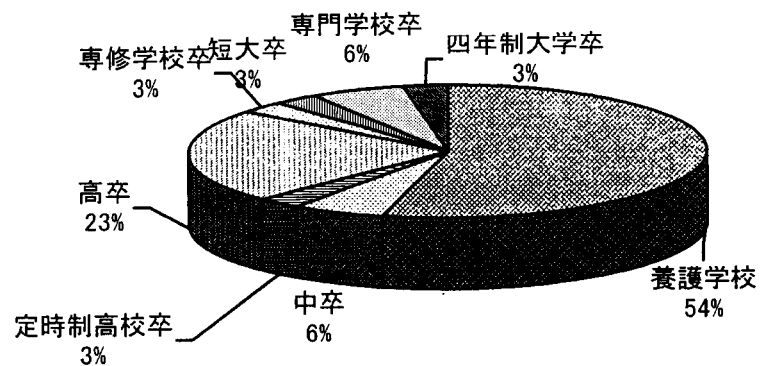


図7 就労者の知的水準

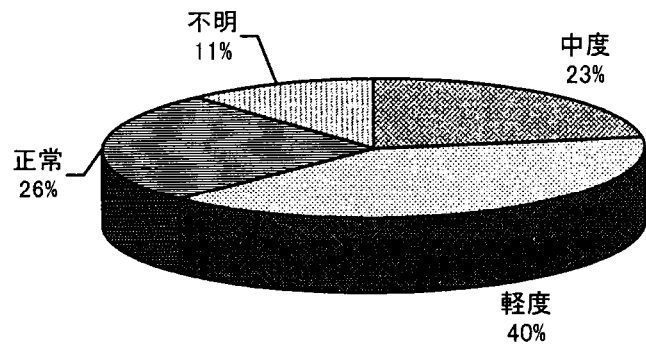


図8 施設入所者年齢分布

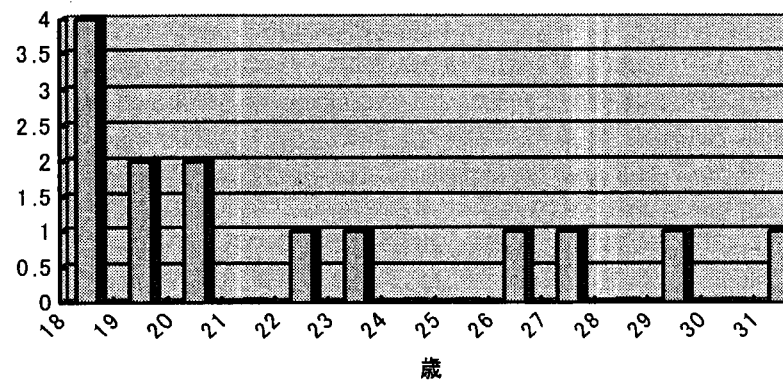


図9 施設入所者の知的水準

